Psychiatrische Klinik der Universität Basel
Direktor: Prof. Dr. J. E. Stähelin.

Psychosen und Neurosen bei Juden

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der medizinischen Fakultät
der Universität Basel

vorgelegt von

JIZCHOK TAITZ

aus Liepāja (Lettland)

BASEL 1937

Psychiatrische Klinik der Universität Basel
Direktor: Prof. Dr. J. E. Stähelin.

Psychosen und Neurosen bei Juden

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

JIZCHOK TAITZ

aus Liepāja (Lettland)

BASEL 1937

Von der Medizinischen Fakultät der Universität Basel genehmigt auf Antrag von Herrn Prof. Dr. med. J. E. STÄHELIN.

Tag der Promotion: 22. April 1937.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinem lieben Onkel

ABE BUNTMAN

in Dankbarkeit gewidmet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546702_0121

VORWORT.

Eines der aktuellsten Themen in der medizinischen Literatur der letzten Jahre ist „Die Vitalität und Morbidität der Juden". Das größte Interesse gilt dabei den psychischen Erkrankungen des jüdischen Volkes. Selten ist aber eine Literatur so von Tendenzen der Autoren bestimmt wie gerade diese. Die Tatsachen von den Tendenzen zu trennen und die Angaben der verschiedenen Autoren auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen, versuche ich in der vorliegenden Dissertationsarbeit: *Psychosen und Neurosen bei Juden.*

Für die Zulassung zu dieser Arbeit fühle ich mich verpflichtet meinem verehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. J. E. STÄHELIN, meinen herzlichsten Dank an dieser Stelle auszusprechen.

Die Begriffe „Jude" und „Rasse" sind zur Zeit miteinander so eng verknüpft, daß fast regelmäßig das Wort „Jude" die Assoziation „Rasse" auslöst. Ich halte es daher nicht für überflüssig kurz das „Rassenproblem" zu streifen.

I.

In den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts wurde eine neue Wissenschaft — die Rassenkunde — geschaffen. Ihre Begründer waren die Dilettanten DISRAELI und GOBINEAU. DISRAELI, der jüdisch-englische Staatsmann und Dichter, dem nach Carl KOEHNE die Priorität zugesprochen werden muß, und GOBINEAU, der französiche Dichter und Diplomat. Wissenschaftler und Pseudowissenschaftler erweiterten die Rassenlehre. Die gegenwärtige Rassenkunde hat sich teilweise in den Dienst der Politik gestellt; wissenschaftliche Resultate und Werte dürfen wir daraus nicht erwarten. Doch auch die politikfreie Rassenlehre trägt zum Teil mehr einen tendenziösen und spekulativen als wissenschaftlichen Charakter.

Man spricht von Rassenbiologie, -psychologie, -pathologie, -psychiatrie usw. *Was heißt aber Rasse?* Die Definition dieses so vieldeutigen Wortes ist noch umstritten. SALLER definiert die Rasse als eine Kombination erblicher Merkmale von bestimmter Variabilität, die unter geographischer Isolation in Erscheinung getreten ist, und durch die sich die Träger einer Rasse von den Trägern anderer Rassen unterscheiden. GÜNTHER meint: „Eine Rasse stellt sich dar in einer Menschengruppe, die sich durch ihr eignende Vereinigung körperlicher Merkmale und seelischer Eigenschaften von jeder andern Menschengruppe unterscheidet und wieder nur ihresgleichen zeugt." Der Begriff „Rasse" ist *unklar*, ihre Bezeichnung zu vielsagend. Und man begreift v. LUSCHAN, wenn er sagt: „Man würde das Wort „Rasse" am besten aufgeben, wenn man ein weniger vieldeutiges finden könnte."

Die Uneinigkeit im Lager der Rassentheoretiker ist groß. Von manchen werden die Unzulänglichkeiten anerkannt. So spricht JANKOWSKY von einer wissenschaftlichen und einer intuitiven Rassenforschung und bemerkt, daß die Ergebnisse der ersteren heute noch *unbefriedigend* seien. WOLFF äußert sich: „Was er (GÜNTHER) für den heutigen Stand der Wissenschaft ansieht, ist tatsächlich nur ein schwächliches, unklares Übergangsstadium, ein *Hypothesegerüst* ohne innere Harmonie, ohne Halt und Festig-

keit.“ MÜLLER-FREIENFELS kommt zum Schlusse, daß bei der Begriffsbestimmung der „Haupt- und Unterrassen“ wildes *Chaos* herrsche. Das beweist uns schon die Tatsache, daß wir auf die Frage: „Wieviel Rassen gibt es?“ keine eigentliche Antwort erhalten. CUVIER und QUATREFAGES reden von 3, HEXLEY von 4, BLUMENBACH von 5 usw. usw. Den Rekord schlägt GLIDDON mit 150. Schließlich: Nach der Meinung der Rassentheoretiker liegt ja der Kernpunkt des Rassenbegriffes in der Forderung der *Erblichkeit* der Rassenmerkmale. Bis aber die Vererbungslehre die sicheren Grundlagen schafft, müssen alle Anschauungen über Rassen fragwürdig bleiben.

Es gibt keine reine „Rasse“, keine „erbgleiche Menschengruppe“, das gibt sogar GÜNTHER zu. Wahrscheinlich hat es so etwas auch nie gegeben. „Die Natur hat wahrlich weder Klassen noch Ordnungen, weder Familien noch Gattungen, noch Arten gebildet.“ (LAMARCK). Zweifellos gibt es körperliche Merkmale, die sich bei bestimmten Gruppen mit Zähigkeit behaupten und vererben. Die Existenz von somatischen Rassenverschiedenheiten kann und soll nicht bestritten werden. Das beweist uns aber noch lange nicht das Vorhandensein von *seelischen Verschiedenheiten*, daß einer jeden physischen „Rasse“ ganz bestimmte seelische Eigenschaften zukommen. Schädelindex, Haut-, Haar- und Augenfarbe sagen uns nichts von der Psyche ihres Trägers aus. Das ist wohl oft behauptet, doch nie bewiesen worden. Die Rassentheoretiker sind aber treue Anhänger dieser Hypothese. Nach deren Meinung ist das ganze geistige Leben der Menschen durch Vererbung von vornherein bestimmt und an bestimmte körperliche Merkmale geknüpft. Umwelt, Erziehung und Milieu, haben darnach keinen maßgebenden Einfluß. Die Rasse ist ja nach Eugen FISCHER „eine größere Gruppe mit *angeborenen* körperlichem und geistigem Habitus“.

Ohne uns in Details verlieren zu wollen, möchten wir nur die Ausführungen einiger Autoren zitieren. MÜLLER-FREIENFELS meint: „Nirgends ist ererbte Stilart mit Sicherheit erfaßbar, und nirgends kann sie als alleiniger Ursachenkomplex nachgewiesen werden; vielmehr wird der geistige Habitus der Individuen und Gruppen aufs Stärkste durch *soziologische* Faktoren mitbedingt, die mit Rasse an sich nichts zu tun haben.“ v. GRUBER leugnet die Möglichkeit einer Vererbbarkeit rassischer Gedankenverbände und rassischer Weltanschauungen. Selbst LENZ muß zugeben:

„Wir müssen uns an den Gedanken gewöhnen, daß Menschen vom gleichen äußern Typus seelisch verschieden veranlagt seien und daß körperlich verschiedene Menschen seelisch gleich veranlagt sein können."

Um mit HERZ zu reden: Ohne Weiteres darf als sehr wahrscheinlich angenommen werden, daß die elementaren psychischen Funktionen, Empfinden, Fühlen, Streben, Erinnern, Assoziieren usw. bei den einzelnen Individuen Unterschiede der Stärke, Geschwindigkeit, Nachhaltigkeit aufweisen, und daß solche individuelle Anlagen vererbt werden. Wesentliche, *rassenmäßige Verschiedenheiten* dieser Art sind aber bisher nicht festgestellt worden.

Die Umwelt vermag die physischen Merkmale eines Individuums zu verändern, erst recht seine psychischen. Der Geist ist plastisch, anpassungsfähig. Diese Macht der Umwelt dürfen wir aber nicht übertreiben. Dort, wo die Anlage, die Disposition, fehlt, können Milieu und Erziehung kaum wirken. Das heißt aber nicht: Die Vererbung bedeutet alles, die Umwelt nichts und sagt auch nicht, daß die kompliziertesten geistigen Züge erblich übertragen werden. Wir müssen die Psyche eines Individuums oder einer Gruppe als Produkt von *Anlage und Umwelt* betrachten, wobei bald der erstern, bald der letztern die größere Wirkung zugesprochen werden muß. Wir können und dürfen daher nicht von bestimmten seelischen Eigenschaften einer Rasse, eines Volkes reden. Ebensowenig können wir einer Rasse bestimmte Charakterzüge zuschreiben. *Jedes Volk, jede Rasse ist mehrtypisch.* Charakterwidersprüche liegen nicht nur in jedem Typus, sondern auch in jedem Individuum (HERZ). Auch die Begabung eines jeden Einzelnen schwankt. Die Extreme innerhalb ein und derselben Rasse gehen viel weiter auseinander als die Mittelwerte der verschiedenen Rassen.

Gewiß, nicht alle Rassen sind gleich, nicht alle Rassen stehen auf einer gleichen kulturellen Stufe, aber alle Rassen und Völker besitzen die gleiche „*potenzielle Energie*". Es gibt keine „wilden" Völker, es gibt nur Völker mit einer anderen Kultur als die unsere. Die trennenden Eigenschaften der sog. „Rassen" sind im wesentlichen durch klimatische, soziale und andere Faktoren der Umwelt entstanden (v. LUSCHAN). Neuere Untersuchungen von KLINEBERG in Europa und HIRSCH in Amerika, ergaben, daß die Intelligenzhöhe bei Knaben und Mädchen unabhängig vom Rassenfaktor ist. Es gibt somit keine an sich minderwertigen

Rassen. Aber die „Rassisten" behaupten: Kultur und Kulturschöpfung, Genie und Talent sind an bestimmte physische Rassenmerkmale geknüpft — schöpferisch ist nur die nordische Rasse. Es ist hier nicht der Platz die nordische Rasse zu kritisieren oder ihre Verdienste aufzuzählen. Es ist aber nicht wahr, daß sie die einzige Kulturträgerin sei. Jesus, Buddha, Confuzius, Mohammed, Luther, Plato, Aristoteles, Spinoza, Galilei, Laplace, Cäsar, Napoleon, Bismarck, Beethoven, Haydn, Schubert, Goethe, Heine, Puschkin, Dostojewsky, um nur wenige zu nennen, gehörten nicht dem germanischen Typus CHAMBERLAIN'S an: „Große strahlende Himmelsaugen, goldenes Haar, die Riesengestalt, Ebenmaß der Muskulatur, der längliche Schädel (den ein ewig schlagendes von Sehnsucht gequältes Gehirn aus der Kreislinie des tierischen Wohlbehagens nach vorne hinaushämmert) das hohe Antlitz (von einem gesteigerten Seelenleben zum Sitze seines Ausdruckes geformt)" (zitiert nach HERZ).

Indem die Rassentheoretiker die nordische Rasse als die wertvollste hinstellen, ignorieren sie damit nicht nur die Geschichte, die Vergangenheit und Gegenwart, sondern degradieren indirekt dadurch die anderen Rassen. Unüberbrückbare Gegensätze werden geschaffen, Rassenwahn und Rassenhaß, Zerstörung des Friedens und Krieg sind die Resultate. Anthropologie und Rassenkunde könnten der Biologie gute Dienste leisten und viel zur Klärung der Stammesgeschichte der Menschheit beitragen. Die Rassenlehre hat aber auch andere Ziele. Und diese Ziele, nicht die wissenschaftliche Rassenlehre, verneinen wir. Als HERZ die Rassentheorien als wissenschaftlich bemäntelte Äußerungen des Herrschafts- und Ausbeutungstriebes bezeichnete, fühlten sich die ernsteren Rassentheoretiker, wie LENZ z. B., tief beleidigt. Ihre Bestätigung fanden die Worte HERZ'S in den Ereignissen der letzten Jahre. Die Rassenlehre entpuppte sich als *Kampfmittel gegen Demokratie und Gleichberechtigung.* Kampf dem „vernegerten Frankreich", der „gelben", der „schwarzen" Gefahr, besonders aber dem „jüdischen Geist". „Als eine völker- und rassenkundige Frage ist die Judenfrage zu lösen", war die Forderung GÜNTHER'S. „Zu diesem bedingungslos, unerwünschten Rassen gehört aber für uns Deutsche viel mehr als etwa die asiatische in erster Linie die orientalische Rasse" (Juden), predigte PLOETZ. Und die Judenfrage wurde als eine völker- und rassenkundige Frage gelöst.

II.

Es gibt aber keine „jüdische Rasse". Immer und immer behaupten ja die Rassentheoretiker die Juden seien ein *Rassengemisch.* Zweifellos: die Juden sind stark gemischt; unsicher sind aber die einzelnen Bestandteile dieser Mischung. GÜNTHER stellt fest: Die Südjuden stellen eine orientalisch-vorderasiatisch-westisch-hamitisch-nordisch-negerische Mischung, bei Vorherrschen der *orientalischen* Rasse, die Ostjuden eine vorderasiatisch-orientalisch-ostbaltisch-innerasiatisch-nordisch-hamitisch-negerische Mischung, mit einem gewissen Vorherrschen der *vorderasiatischen* Rasse dar. Das ist eine deutliche Sprache. Für uns genügt die Feststellung, daß die *Juden ein Rassengemisch* sind. Die heute lebenden Juden sind so untereinander verschieden, wie die übrigen Völker untereinander. Es gibt keine charakteristischen jüdischen Rassenmerkmale. Die Juden sind weder eine langköpfige, noch eine kurzköpfige Rasse. Von extremer Langköpfigkeit bis ausgesprochener Kurzköpfigkeit finden wir alle Übergänge (FRIEDENTHAL).

Die Juden sind also keine Rasse. Sie sind aber auch keine Religionsgemeinschaft, wie viele noch behaupten. *Die Juden sind ein Volk.* Volk, als eine Gruppe Menschen aufgefaßt, die nicht so sehr durch gemeinsame Abstammung, als durch die Ereignisse der Geschichte zu engerer Gemeinschaft zusammengeschlossen ist, die dann meist auch — infolge Durcheinanderheiraten der verschiedenen Elemente — sekundär zur Verwandtschaft gelangt ist und vielfach auch die gleiche Sprache redet (RECH). Entscheidend für die Zugehörigkeit zum Judentum ist das Gefühl der inneren Verbundenheit, das freie Bekenntnis zur Nation.

Wir haben schon im ersten Abschnitt ausgeführt, daß die psychischen Eigenschaften eines Individuums, einer Menschengruppe, unabhängig sind von den physischen Merkmalen. Die Juden besitzen keine spezifischen somatischen Kennzeichen (der Typus des Witzblattjuden findet sich so selten wie der Leutnant oder Professor der Karikatur — HERZ), sogar nach den Prinzipien der Rassentheoretiker, wäre also verfehlt von spezifischen seelischen Eigenschaften der Juden, von einer jüdischen Psyche zu reden. Dennoch tut man das, GÜNTHER demonstriert Zauberkunststücke, indem er das Wesen des Judentums, das eigentlich Jüdische aus der rassischen Vielgemischtheit (!) ableitet. Auch das „gemein-

same Blut der Juden" stammt nach ihm aus dieser Quelle. Diese Schlußfolgerungen sind diskussionsunfähig. Man hört von der Findigkeit, Kombinationsgabe, Zielstrebigkeit, geistiger Beweglichkeit, Leichtigkeit der Auffassung, Anpassungsfähigkeit, kurz von der „Fähigkeit zu schneller Ideenassoziation" (RUPPIN) der Juden sprechen. Man rechnet Geschäftssinn, Schlauheit, Abneigung gegen Schwerarbeit, Mangel an Disziplin und Mut, Mangel an Bodenbeständigkeit, Oppositionsstellung usw. zu den schlechten, Familiensinn, Anhängigkeit an ihre Religion, Humor, Gefühl der Zusammengehörigkeit, Hilfsbereitschaft, Sittenreinheit, Mäßigkeit an Genüssen etc. zu den guten Eigenschaften der Juden. *„Es ist ganz unwissenschaftlich vom Charakter der Juden zu sprechen."* (v. LUSCHAN). Abgesehen davon, daß die Juden schon rein äußerlich vielen Völkern Vorderasiens und Südeuropas ähnlich sind und sich jeweils dem Typus ihrer Nachbarn nähern, finden sich alle geistigen Eigenschaften, die man in Europa als spezifisch „jüdisch" ansieht, auch bei Syriern, Armeniern, Kleinasiaten, Griechen und zum Teil auch bei Südeuropäern (v. LUSCHAN, RUPPIN). Die sprichwörtlich gewordene Geschäftstüchtigkeit der Juden kommt nicht etwa den Juden allein zu, sondern auch andern Orientalen, ganz besonders den Griechen und Armeniern. Auch gegen die Chinesen kommen die Juden im Handel nicht auf, und so mancher reine „Arier" schlägt den Juden aus der Konkurrenz.

Die Psyche der Juden variiert in den verschiedenen Ländern ganz gewaltig. Die seelischen Eigenschaften eines Juden in USA sind ganz andere als die eines Westjuden, und die Psyche des letztern unterscheidet sich von der eines Juden der Sowjetunion. Auffallend sind die Charakterdifferenzen zwischen der alten und neuen jüdischen Generation; es sind meist zwei ganz verschiedene Weltanschauungen, die sich hier gegenüberstehen. Und wenn man trotzdem von einem „jüdischen Charakter" spricht, so gibt es dafür nur *eine* Berechtigung. Die Juden vieler Länder waren und sind gleich — gleich rechtlos und verachtet (RUPPIN), und der größere Teil dieser Juden besitzt etwas Gemeinsames — es ist die Psyche des *Galuth-*(Verbannungs-)*Juden.* Der „Nationalcharakter" ist nicht etwas Ewiges, Transzendentales, sondern der „Niederschlag geschichtlicher Prozesse" (Otto BAUER). Der „Nationalcharakter der Juden" ist der Niederschlag einer Geschichte, die mit Blut geschrieben ist. Dort wo er ausgeprägt ist, ist er der Charakter des ewig Verfolgten, des ewig Rechtlosen und Unter-

drückten. Er ist die Reaktion auf den barbarischen *Antisemitismus.*

Trotz der gesellschaftlichen Ächtung, der Verfolgungen, der Vertreibungen, Ausplünderungen und trotz förmlicher Ausrottungen sind die Juden nicht nur mit ihrem Leben davongekommen, sondern sind sogar auf manchen Gebieten Führer. Die Juden haben ihren schweren Kampf ums Dasein siegreich bestanden (WEISSENBERG). Es gibt kein Gebiet menschlichen Schaffens, in dem Juden nicht mit hochwertigen Leistungen vertreten sind.

Obwohl diese Tatsache gegen die Minderwertigkeit der Juden spricht, suchten Biologen und Mediziner, besonders aber die Rassentheoretiker, den Beweis zu erbringen, daß die Juden degeneriert seien. Zum Indikator wurden die Geisteskrankheiten herangezogen. Die Juden sollen im allgemeinen von Psychosen häufiger als ihre Nachbarn befallen werden. Nachdem wir oben ausgeführt haben, daß man in toto von einer Psychologie der Juden nicht reden kann, und daß diese dort, wo sie von der Psyche der nichtjüdischen Bevölkerung abweicht, zum Teil eine Milieuerscheinung, durch die Umwelt bedingt ist, müssen wir nun untersuchen, ob unsere Anschauungen auch für die Psychopathologie Gültigkeit haben. Diese Untersuchungen sind unser Ziel.

III.

Wir haben eine spezifische Psychologie der Juden verneint, haben es als unwissenschaftlich bezeichnet vom „Charakter der Juden" zu sprechen. Ist es auch unwissenschaftlich von einer *Psychopathologie der Juden* zu reden? — Es wäre, hätten wir darunter die Untersuchung *spezifischer* jüdischer Geisteserkrankungen verstanden; es würde dann auch unseren obigen Ausführungen widersprechen und den Anschauungen der modernen Psychiatrie nicht gerecht werden. Denn: *es gibt keine rassenspezifischen Geisteskrankheiten.* REVESZ, der die Psychopathologie der Völker aller Erdteile studierte, kam zum Schlusse: „Es gibt weder ubiquitaere, noch für einzelne ethnische Gruppen spezifische Psychosen und Neurosen." Ebensowenig wie der „Lattah" oder der „Amok" den Malaien spezifisch ist, gibt es auch keinen „Morbus hebraicus", keinen „Singultus judäorum", keine Judenpsychose, keine „Psychosis juddaica". Was uns aber interesiert ist: 1. Werden die Ju-

den von psychischen Erkrankungen relativ häufiger bezw. seltener als Nichtjuden befallen?; 2. ist die Reaktion der Juden auf die Psychosen und Neurosen bedingenden Noxen die gleiche wie die der Nichtjuden?; 3. womit erklären sich eventuell vorhandene Verschiedenheiten — ist es der Rassenfaktor, der die Verantwortung dafür trägt oder sind diese Verschiedenheiten milieubedingt?

Die Zunahme von seelischen Erkrankungen bei einem Volke gilt als Symptom seiner nervösen Entartung, seiner Degeneration. Wir würden somit in der Häufigkeit der psychischen Störungen bei einer ethnischen Gruppe einen guten Indikator für deren seelische Konsitution haben. Diesen Indikator versuchten wir für das jüdische Volk zu finden. Die Literatur, die sich mit den Geisteskrankheiten bei den Juden befaßt, kann nicht groß genannt werden. Die Mehrheit der Autoren bejaht das Vorherrschen der Geisteserkrankungen bei den Juden (KRAEPELIN, PILCZ, SICHEL, LANGE, GUTMANN, NEUSTADT, FRIGYES, HYGIER, BURKHARDT, BECKER u. a.). Manche (ZIEHER, RIEGER und besonders MALZBERG) teilen diese Anschauungen nicht. Die Äußerungen über die seelischen Erkrankungen der Juden zeigen ein Bild der Verwirrung und Übertreibung. Nach TOBLER sind alle Jüdinnen hysterisch, BUSCHAN findet die meisten Juden neurasthenisch; nach der Meinung ZIEMSSENS geht ein neurotischer Zug durch das ganze Volkstum. OPPENHEIM sagt, ohne seine Worte näher zu begründen, die Juden seien zu Psychosen und Neurosen prädisponiert. (Zitiert nach T. COHN). SICHEL, PILCZ, LANGE, BURKHARDT und andere deutsche Autoren glauben das manisch-depressive Irresein besonders häufig unter den Juden zu finden; manche bezeichnen es sogar als *die* Judenpsychose. BECKER dagegen fand die Dementia praecox unter den Juden Polens am häufigsten vertreten.

Wie erklären sich diese großen Widersprüche? — Beim größten Teil der Mitteilungen handelt es sich um persönliche Eindrücke. Auf keinem Gebiete der Medizin spielt die subjektive Einstellung und Anschauung des Arztes eine so ausschlaggebende Rolle wie in der Psychiatrie. Ob der Patient als gesund oder krank bezeichnet wird, hängt nicht so selten weniger von seinem psychischen Zustande als von der Auffassung des Psychiaters ab. Handelt es sich gar um einen Patienten eines dem Arzte fremden Volkes, so gestaltet sich die Sachlage noch schwieriger. Nicht nur darum, weil, wie sich REVESZ ausdrückt, „ein Beobachter die

Geisteskrankheiten eines fremden Volkes nach persönlichen Eindrücken, vielleicht sogar feuilletonistisch behandelt", sondern auch weil der Patient nicht verstanden, begriffen wird. Auch seine normale Psyche würde dem Psychiater fremd sein, erst recht seine kranke „Seele". Der jüdische Patient ist, da er sich in der Minorität befindet, auffallender. Er ist Ziel und Mittelpunkt der Beobachtung (GUTMANN). Man sucht und „findet" bei ihm Abweichungen, die sich in die Bilder der Krankheit einschleichen und sie „vertuschen". Das Resultat sind die „atypischen Psychosen" der Juden. Die Widersprüche finden außerdem ihre Erklärung in der Entwicklung der Psychiatrie. Die psychiatrischen Vorstellungen und Begriffsformulierungen sind noch schwankend. „Man kann zugeben, daß die gegenwärtig als wesensverschieden angenommenen psychischen Krankheitsformen, sowohl als Krankheitseinheiten wie hinsichtlich ihrer Abgrenzung untereinander nicht ausreichend gesichert sind" (ENTRES). Wir müssen daher besonders die Mitteilungen und Feststellungen in der Psychiatrie, welche von den Geistesstörungen bei den Juden handeln, wo oft die Tendenz mitspielt, mit strengster Kritik betrachten und nur unter Vorbehalt daraus Schlüsse ziehen.

Noch unzuverlässiger sind die Angaben über die *Häufigkeit der Psychosen und Neurosen bei den Juden.* Da keine andere Möglichkeit zu einer zahlenmäßigen Erfassung vorhanden ist, sind wir gezwungen, uns auf Statistiken zu stützen. Aber eine Statistik, die sich auf das Verhältnis der jüdischen Patienten zu den nichtjüdischen in Kliniken, Sanatorien etc. basiert, muß mit Naturnotwendigkeit zu *Trugschlüssen* führen (T. COHN): sie muß a priori zu Ungunsten der Juden ausfallen. Die oft zitierte *Nosophobie* der Juden, die ihre Wurzeln im innigen Familienleben hat, führt, besonders bei den Ostjuden, zur auffallenden Fürsorge für ihre leidenden Angehörigen. Das „Kostbarste der Welt" ist für den Juden seine Gesundheit und die seiner Familienmitglieder. Es wirkt oft tragi-komisch wie der Jude aus dem Osten, sein Letztes opfernd, nach dem Westen geht, um dort eine Kapazität zu konsultieren, und dort angelangt von einem Arzt zum andern rennt, um das „beste Mittel" zu finden. Es wird dadurch der Eindruck erweckt, als erkranke der Jude häufiger; diese größere Häufigkeit ist aber eine scheinbare. Kliniken, Sanatorien und Anstalten werden schon aus diesem einfachen Grunde ein *relatives Überwiegen* der jüdischen Kranken aufweisen. Bei den Erkrankungen der

Psyche kommt auch noch ein Faktor hinzu: der Geisteskranke gilt bei den Juden als „Schandfleck" für die Familie, er wird quasi als corpus delicti für ihre Minderwertigkeit betrachtet. Für seine Entfernung aus dem Hause, besonders dort, wo heiratsfähige Töchter vorhanden sind (SICHEL), wird schleunigst gesorgt. Die Juden sind ceteris paribus fast zu 100% eine Stadtbevölkerung. Die Städter haben es leichter, ihre Kranken in eine Anstalt zu internieren, abgesehen davon, daß die Internierung vielerorts obligat ist. Die Bauern und die Bewohner von Städten weitentfernter Orte behalten oft ihre Geisteskranken zu Hause. Die Einsperrung psychisch Erkrankter in Ställen etc. ist auf dem Lande keine Seltenheit und für den, der die Verhältnisse der Bauern im Osten Europas kennt, keine Neuigkeit.

Wichtig ist ferner der *Vergleich mit entsprechenden sozialen Schichten,* da wir sonst Fehlschlüssen unterliegen. Die Untersuchungen STERN-PIPER'S, auf die wir noch zurückkommen werden, beweisen die Wichtigkeit dieser Forderung. Bis jetzt ist sie aber bei keiner Statistik erfüllt worden. Leider besitzen wir kein geeignetes Material, um Untersuchungen in dieser Richtung zu unternehmen. Wir hoffen zukünftig diese Lücke ausfüllen zu können.

And last but not least: wir haben kein Recht aus der Statistik *eines* Landes auf die Verhältnisse in anderen Ländern zu schließen. Viele Autoren aber geben ihren Statistiken Allgemeingültigkeit. Wir haben eventuell das Recht von den Geisteskrankheiten der Juden z. B. Deutschlands, Polens, der Vereinigten Staaten etc. zu reden, nicht aber von den Psychosen und Neurosen der Juden aller Länder in toto. Wie die normale Psyche der Juden von Land zu Land variiert, so weist auch ihre *Psychopathologie in jedem Lande ein anderes Bild* auf.

All' diese Bedenken sind zu schwerwiegend, als daß man sie ignorieren könnte. Wir müssen bei der Verwertung der statistischen Ergebnisse darum sehr vorsichtig sein, „da alle Grundlagen hierbei unsicher sind" (SIOLI). Nolens volens sind wir aber gezwungen, statistische Daten zu verwenden, da wir, wie schon bemerkt wurde, leider keine andere Möglichkeit zur zahlenmäßigen Erfassung der Geisteskrankheiten bei den Juden haben. Die angeführten Einwendungen werden wir dabei stets berücksichtigen müssen.

Die meisten Statistiken sind älteren Datums; die neuesten

stammen von BECKER (Polen) und MALZBERG (USA). Wir wollen einige Beispiele, nach Ländern geordnet, anführen.

Nach SICHEL befanden sich am 1. August 1908 in 384 Anstalten *Deutschlands* 116 010 Geisteskranke. Darunter waren die Juden mit 2,38% vertreten. Der prozentuale Anteil der Juden an der Gesamtbevölkerung war zur gleichen Zeit nur 1%. In den *Städten*, die von den Juden mit Vorliebe zum Wohnsitz gewählt werden, gleichen sich die Differenzen zwischen Juden und Nichtjuden allmählich aus. So betrug z. B. der prozentuale Anteil der Juden

	an den Geisteskranken	*an der Gesamtbevölkerung*	
Berlin . . .	3,4%	4,8%	
Breslau . . .	4,0%	4,3%	
Frankfurt . .	6,5%	6,8%	
Leipzig . . .	1,5%	1,3%	(*Sichel* 1909)
Leipzig . . .	1,9%	1,6%	(*Neustadt* 1909/13)

In *Österreich* fand THOM für die Jahre 1898 bis 1902 auf je 100 000 der Bevölkerung in den Irrenanstalten 49,35 Nichtjuden, 67,89 Juden; in Wien 1902 — 88,6 Nichtjuden, 132 Juden (zitiert nach ULLMANN). PILCZ zählte in den Jahren 1898/1901 unter den psychisch Erkrankten Wiens 11% Juden, bei einem Bevölkerungsanteil von 9%. Nach SICHEL betrug aber der prozentuale Anteil der Juden an den Geistesgestörten Österreichs im Jahre 1906 2,7%, an der Gesamtbevölkerung dagegen 4,7%.

In *Ungarn* waren in 1890 auf je 100 000 der Bevölkerung 87,97 Nichtjuden und 91,17 Juden geisteskrank. Im *Baltikum* lauteten die Ziffern für das Jahr 1897 228 Nichtjuden gegen 350 Juden (ULLMANN nach SCHWARTZMANN).

In *Polen* zählte man unter 100 000 der Bevölkerung in 1897 78 Nichtjuden und 86 Juden Geisteskranke. BECKER berechnete den Anteil der Juden an den psychisch Erkrankten für 1928/29 in *Polen* mit 20,9%, gegen eine prozentuale Beteiligung an der Bevölkerung mit 9,8%.

In *USA* fanden BRILL und CARPUS unter den Geistesgestörten Newyorks 21% Juden bei einem Bevölkerungsanteil von 29% (1908/12). MALZBERG berechnete für Newyork 1925 auf 100 000 Nichtjuden 81,1, für 100 000 Juden 42,7 Geisteskranke. Für Massachusetts 1927 lauteten die Zahlen 73,6 resp. 31,2; für Illinois 1927 64,2 resp. 29,6.

Dieses Zahlenlabyrinth sagt uns *nichts Definitives* über die wirkliche Frequenz der Psychosen und Neurosen bei den Juden. Es beweist uns nur, wie verschieden die Verhältnisse in den einzelnen Ländern sind. Rätselhaft bleibt uns aber die fast einstimmige Bejahung der Autoren auf die Frage: Ist die Zahl der Geisteskranken bei den Juden relativ häufiger als bei den Nichtjuden? Diese Anschauung vertreten nicht nur die älteren Autoren (KRÄPELIN, OPPENHEIM, KRAFFT-EBING u. a.), sondern auch die meisten heutigen Neurologen und Psychiater. ULLMANN z. B. meint: „Sicher ist, daß bei den Geisteskrankheiten die Juden gegenüber Nichtjuden überwiegen." Und J. LANGE sagt zusammenfassend: „Die Juden werden im Allgemeinen von Geisteskrankheiten häufiger als die sie umgebende Bevölkerung befallen." Dieser Meinung schließen sich mit wenigen Ausnahmen (MALZBERG z. B.) die meisten Autoren, die sich mit dieser Frage beschäftigt haben, an. Der eine übernimmt sie vom andern — der Beweis für deren Richtigkeit ist damit aber noch nicht geliefert.

Angesichts der mannigfachen Bedenken (siehe S. 15) und angesichts der *widerspruchsvollen Angaben*, halten wir es für unrichtig, aus den Statistiken den Schluß ziehen zu wollen, daß die Juden für die Geisteskrankheiten besonders disponiert seien. Für uns haben die statistischen Daten keinen absoluten Wert, sie geben uns nur einen Hinweis, einen Anhaltspunkt. Sie erlauben uns nur die Annahme, daß es einerseits Länder gibt, wo die Zahl der geisteskranken Juden relativ höher ist als die der Nichtjuden (z. B. Polen), andererseits aber Orte vorhanden sind, wo umgekehrte Verhältnisse bestehen (z. B. USA). Zu solcher Annahme berechtigen uns nur Statistiken, die *große Differenzen* im Verhältnis der jüdischen Geistesgestörten zu den nichtjüdischen aufweisen. Bei diesen würde auch nach der Subtraktion aller Einschränkungen und Bedenken eine Differenz bestehen bleiben. Wir wollen nicht so radikal wie MALZBERG urteilen und sagen: Der Glaube an ein Vorherrschen der Geisteserkrankungen bei den Juden sei ein Aberglaube. Wir meinen vielmehr, daß es Länder gibt, wo diese Verhältnisse wirklich zutreffen — Länder also, wo die Juden relativ häufiger als ihre Nachbarn von seelischen Erkrankungen befallen werden. Daß aber diese Länder die Mehrheit bilden, ist sehr unwahrscheinlich. Maßgebend sind die Orte, die eine große jüdische Bevölkerung zählen. In erster Linie also USA (ca. 5 000 000), Polen (ca. 3 000 000), Rußland (ca. 2 700 000) und Rumänien (ca.

1 000 000). Genaue Angaben über die Häufigkeit der Psychosen und Neurosen bei den Juden der beiden letztgenannten Länder konnten wir leider nicht finden. Für Polen, und wenn wir noch weiter gehen dürfen, für *Osteuropa* nehmen wir ein *relatives Vorherrschen* der Geisteskrankheiten bei den Juden an. In *USA* scheinen die Juden von den Psychosen *relativ weniger* als die dortigen Nichtjuden befallen zu sein.

Wenn die Zahl der psychischen Erkrankungen bei den Juden auch nicht relativ häufiger sein soll als bei den Nichtjuden, bleibt sie trotzdem zu hoch. Denn der Alkoholismus, der direkt oder indirekt in der Ätiologie von verschiedenen Psychosen eine große Rolle spielt, scheint unter den Juden fast ganz zu fehlen (s. unten).

Das Fehlen bezw. seltenere Auftreten des Alkoholismus (und der Epilepsie) unter den Juden verleitete viele Autoren bei der Verwertung ihrer Statistiken zu Fehlschlüssen. Es ist ja selbstverständlich, daß durch ein beträchtliches Sinken der Prozentziffern einer Gruppe von Psychosen, die prozentuale Verteilung der übrigen Gruppen *Verschiebungen* erleiden muß. Wenn z. B. unter den nichtjüdischen Patienten einer psychiatrischen Anstalt 12%, unter den jüdischen aber 24% manisch-depressiv sind, so bedeutet es keineswegs, daß die Juden um das Doppelte an dem manisch-depressiven Irresein erkranken, daß die genannte Psychose also unter den Juden im allgemeinen 2 Mal so häufig ist als unter den Nichtjuden. Um die wirkliche Häufigkeit einer Erkrankung zu berechnen, müssen wir die *absolute Zahl der von dieser Krankheit Befallenen auf die ganze jüdische bezw. nichtjüdische Bevölkerung verteilen* und zum Vergleich *die Zahl der Kranken*, die etwa *auf 100 000 Gesunde* fallen, heranziehen. Zwecks Erläuterung erlauben wir uns einige Daten aus einer Statistik MALZBERGS anzuführen.

In den Jahren 1926, 1927, 1928 zählte man unter den Ersteintritten der psychiatrischen Anstalten von Illinois:

307 Juden — darunter waren 142 = 46,3% Schizophren,
13 309 Nichtjuden — darunter waren 3311 = 24,9% Schizophren.

Wie zu sehen, ist der Prozentsatz der jüdischen Schizophrenen ein höherer als der der nichtjüdischen. Daß man aber aus diesen Zahlen auf ein häufigeres Auftreten der Schizophrenie bei den Juden im allgemeinen nicht schließen kann und darf, beweist uns die Umrechnung auf 100 000 Gesunde.

	Juden	*Nichtjuden*
Geisteskranke (1926/1928) .	307	13 309
Schizophrene	142 *(46,3%)*	3 311 *(24,9%)*
Bevölkerungszahl (1927) . .	345 980	6 905 814
Schizophrene auf 100 000 Gesunde (für 1 Jahr) . .	*13,7*	*16,0*

Man vergleiche die kursiv gedruckten Zahlen und konstatiere den großen Unterschied.

Dieses Beispiel zeigt uns wie man eine Statistik *richtig* verwertet. Die meisten Autoren scheinen aber auf dem Kriegsfuße mit der Mathematik zu stehen. Daß die Resultate infolgedessen falsch ausfallen und nicht anwendbar sind, braucht kaum gesagt zu werden.

Das gleiche Chaos, das wir bei den Mitteilungen über die Häufigkeit der Psychosen bei den Juden im allgemeinen konstatierten, finden wir auch in den Angaben über die *einzelnen seelischen Erkrankungen.* Auf das klinische Bild einer jeden einzelnen Psychose näher einzugehen, müssen wir verzichten. Den Autoren, die sich mit der Klinik der Psychosen bei den Juden beschäftigten (PILCZ, SICHEL, LANGE, NEUSTADT, BURCKHARDT), dienten als Material die Juden des deutschen Sprachgebietes. Es wäre unrichtig diesen Resultaten, die nicht selten aus Miniaturstatistiken gewonnen wurden, allgemeine Gültigkeit zu verleihen; abgesehen davon, daß die Anschauungen auch hier auseinandergehen. Wir wollen darum bei der Besprechung der wichtigsten Psychosen das klinische Bild nur kurz streifen und das Hauptgewicht auf Häufigkeit und Ätiologie legen.

IV.

Auf die Frage, ob die Juden zur Krankheitsgruppe des *angeborenen Schwachsinnes* ein höheres Kontingent stellen als die Nichtjuden, konnten wir keine einheitliche Antwort finden. PILCZ und SICHEL heben die zahlenmäßig hohe Beteiligung der Juden an der Idiotie hervor. NEUSTADT kommt zu entgegengesetztem Resultate. Nach BECKER befinden sich unter den Juden Polens relativ weniger Oligophrene als unter den Nichtjuden. Nach seinen Angaben beteiligen sich die Juden in der Oligophrenie-Gruppe mit 5,2% (1928), die Nichtjuden dagegen mit 5,5% (5,2 bezw. 5,5

Oligophrene auf 100 psychisch Erkrankte). Er schließt daraus auf ein relatives Überwiegen der nichtjüdischen Oligophrenen. Daß diese Schlußfolgerung eine falsche ist, beweisen die nachfolgenden Zahlen:

	Nichtjuden	*Juden*
Bevölkerungszahl (1928)	27 440 040	2 968 207
		Nichtjuden 9,24 mal so viel
Oligophrene (1928)	283 (5,5%)	52 (5,2%)
		Nichtjuden 5,63 mal so viel

Trotz der niedrigeren prozentualen Beteiligung der jüdischen Oligophrenen liefern die Juden beinahe 1,6 (9,24 : 5,63) mal so viel Schwachsinnige als die Nichtjuden. Die gleichen Resultate würden wir selbstverständlich erhalten, wenn wir die Zahl der Oligophrenen auf 100 000 gesunde Juden bezw. Nichtjuden berechnen. Bei BECKER hatten wir die Möglichkeit, die Umrechnung vorzunehmen — wir finden bei ihm genaue Angaben über die Zahl der jüdischen und nichtjüdischen Bevölkerung, über die absolute Zahl der Kranken usw. — die Angaben vieler Autoren konnten wir nicht überprüfen. Es ist auch nicht unsere Aufgabe, die Resultate der verschiedenen Autoren zu kontrollieren; es ist aber unsere Pflicht, darauf hinzuweisen, daß *die Schlüsse, die aus Statistiken bezogen werden, Fehlschlüsse* sind, *wenn sie sich nur auf die prozentuale Beteiligung einer Krankheitsgruppe stützen.* Das gilt auch für alle unten angeführten Krankheitsgruppen. MALZBERG, der sein statistisches Material richtig verwertet, findet in Newyork auf 100 000 Juden 0,9 auf 100 000 Nichtjuden 2,1 Oligophrene. Die Resultate für Massachusetts und Illinois sind ungefähr die gleichen. In Amerika konstatieren wir also ein *relatives Überwiegen der nichtjüdischen Oligophrenen.* Für die Resultate MALZBERGS würden auch die ätiologischen Momente der Oligophrenie sprechen. Lues und Alkoholismus, besonders der Mutter, spielen in der Ätiologie des angeborenen Schwachsinnes neben exogenen Gehirnschädigungen eine große Rolle, kommen aber bei den Juden selten vor. Verantwortlich für das Auftreten der Oligophrenie bei den Juden würde infolgedessen vor allem die Heredität sein. Die Vererbung, als alleiniger maßgebender ätiologischer Faktor könnte aber kaum ein Überwiegen der Oligophrenie bei den Juden bedingen. Wir glauben darum annehmen zu dürfen, daß

die in Amerika gewonnenen Resultate auch für die Mehrheit der Juden Gültigkeit haben.

Eine Krankheit, die nicht nur den Psychiater, sondern auch den Pädiater und Ophtalmologen interessiert, — die *familiäre amaurotische Idiotie* — galt bis vor kurzem als eine „spezifisch-jüdische". Doch bald wurden auch Fälle bei Nichtjuden entdeckt. Mitteilungen über die TAY-SACHS'SCHE Idiotie bei nichtjüdischen Kindern häufen sich (GREENFIELD, VENETTI und SANTONOCETTO, SCHLESINGER und BERNARD, HALBERTSMA und LEEMDERTZ und andere). Daß die Juden, wie SPIELMEYER annimmt, zu dieser Krankheit *disponiert* sind, scheint wahrscheinlich zu sein. Doch ist die Ätiologie unbekannt. Die Ansicht von PICK und BIELSCHOWSKI ist die, daß alle Formen familiärer amaurotischer Idiotie auf eine Störung des Lipoidstoffwechsels zurückzuführen sind. Ein Zusammenhang mit der NIEMANN-PICK'schen Krankheit, die bei den Nichtjuden nicht so selten wie die amaurotische Idiotie ist, wird von den meisten Autoren angenommen (SCHAFFER und seine Anhänger lehnen die Identität ab). Der ausgesprochene familiäre Typus weist auf hereditäre Momente hin. SLOME kommt, bei einer statistischen Verarbeitung des in der Literatur niedergelegten Materials, zum Schlusse, daß es sich um ein recessives Erbmerkmal handelt. Ob auch soziologische Momente (ungünstige wirtschaftliche und hygienische Bedingungen, Inzucht usw.), wie manche Autoren annehmen, eine Rolle spielen, läßt sich weder beweisen noch widerlegen. Auffallend hoch ist jedenfalls in den meisten Fällen der Inzuchtsgrad (SLOME).

Wichtiger als die familiäre amaurotische Idiotie, die mehr theoretischen als praktischen Wert hat, erscheint uns die *Taubstummheit.* Psychopathie und Oligophrenie sind unter den Taubstummen häufig anzutreffen. Auch die Taubstummheit soll die *jüdische Bevölkerung bevorzugen.* In Deutschland entfielen im Jahre 1902 auf 100 000 Juden 129, auf 100 000 Nichtjuden 87 Taubstumme. In Ungarn zählte man in 1924/25 in den Taubstummenanstalten 9,1% Juden (Bevölkerungsanteil 9,5%). Nach einer Volkszählung von 1921 soll in Polen 9% aller Taubstummen Juden sein, weniger also als ihrem Prozentsatze an der Bevölkerung entsprechen würde. ZAMENHOF untersuchte 85 Fälle und kam zum Schlusse, daß die Taubstummheit unter den Juden Polens relativ häufiger vorkomme. Wenn auch seine Resultate mit denen der

Volkszählung nicht übereinstimmen, was vorauszusehen war, (eine Statistik, die sich auf das Verhältnis der jüdischen Patienten zu den nichtjüdischen in Kliniken, Sanatorien etc. basiert, muß a priori zu Ungunsten der Juden ausfallen) führen wir trotzdem die von ihm genannten ätiologischen Faktoren an, die für das relative Überwiegen der Taubstummheit bei den Juden verantwortlich sein sollen. 1. Die häufige Blutverwandtschaft unter den Eltern, 2. die schweren materiellen, hygienischen und moralischen Lebensbedingungen, 3. die höhere Fruchtbarkeit unter der jüdischen Bevölkerung Polens mit konsekutiver Erschöpfung der Mutter und schwerer Gravidität und 4. die geringere Sterblichkeit der jüdischen Säuglinge. Konstitutionelle oder Rassenmomente konnte ZAMENHOF bei den Taubstummen nicht nachweisen.

Die Psychosen des Seniums und die *arteriosklerotischen Hirnerkrankungen* sollen bei den Juden nicht häufiger sein als bei den Nichtjuden und im allgemeinen wenig Charakteristisches aufweisen. Nach MALZBERG werden die Juden der Vereinigten Staaten Amerikas von der *Arteriosklerose des Gehirns* und von der *senilen Demenz* auffallend *seltener* befallen als die Nichtjuden.

Besonders eifrig beschäftigt sich die ältere Literatur mit den *funktionellen Erkrankungen* der Juden. Man verstand darunter alles, was sich nicht in die üblichen Schemata einreihen ließ: Formen der Dementia praecox, Psychopathien, Neurasthenie, Hysterie, Neurosen und alles was „atypisch" erschien. BUSCHAN, ZIMSSEN, OPPENHEIM, TOBLER, KRÄPELIN und viele andere fanden die Psychoneurosen und Neurosen bei den Juden sehr häufig (s. auch Seite 14). Interessanterweise wird diese Anschauung in der neuesten Literatur weit seltener vertreten. BECKER und MALZBERG konstatieren in Polen und USA ein Übergewicht der Nichtjuden in den psychogenen Erkrankungen. Wir wären somit zur Annahme berechtigt, daß die Psychoneurosen bei den Juden *in den letzten Jahren abgenommen* haben. Doch wechselt die Häufigkeit je nach Ort und Zeit. COHN findet im Jahre 1926 Angst- und Zwangsneurosen, Beschäftigungsneurosen, Hypochondrie, Nosophobie, Neurasthenie und Hysterie unter den Juden Osteuropas häufig. Daß die Ursache des relativen Überwiegens der psychogenen Erkrankungen bei den Juden nicht in eine Rasseneigentümlichkeit, sondern in exogenen Faktoren zu suchen ist, stellten schon BINSWANGER, OPPENHEIM und andere fest. Abgesehen davon, daß dieses Überwiegen gar nicht so selten ein Trug-

bild ist — bedingt durch das ewige Wandern von einem Arzt zu andern — spielen in der Ätiologie der Psychoneurosen soziologische Momente eine besonders große Rolle. Was noch 1926 für die Ostjuden galt, kann eventuell 1934, 1935 und 1936 für die Juden Westeuropas zutreffen. OPPENHEIM hat auf die große Zahl der hysterischen Erkrankungen unter den Juden Rußlands (1908) aufmerksam gemacht, wo die fortgesetzten Verfolgungen und Bedrükkungen bei der jüdischen Bevölkerung eine krankhafte Überreizung des Nervensystems hervorgerufen haben.

Wir sehen in der hysterischen Reaktion besonders eine „Flucht in die Krankheit". Dieses „Sich-Krankstellen" gehört zu den primitiven Schutzreaktionen, es ist wie KRÄPELIN sich ausdrückt, das Freiwerden von Urmechanismen. Die hysterischen Anfälle, besonders aber die Dämmerzustände entstehen aus einem affektiven Bedürfnis heraus (BLEULER). Der Hysteriker wendet sich von der Wirklichkeit ab, weil diese ihm unerträglich ist. Die stärksten Männer können bei Unfällen, Katastrophen usw. hysterisch reagieren. Der Jude hatte und hat so oft Ursache sich von der ihm unerträglichen Wirklichkeit abzuwenden. Dort, wo die Juden unter besonders schwierigen Verhältnissen zu leben haben, werden wir bei ihnen die Hysterie und mit ihr die Psychoneurosen und Neurosen häufiger vertreten finden als bei den Nichtjuden. Daß die psychogenen Erkrankungen unter den Juden in den letzten Jahren *nicht häufiger* gefunden werden als unter der nichtjüdischen Bevölkerung, könnte man vielleicht mit einer „erworbenen Immunität der Juden" erklären. Krieg, Krankheit, Not, Elend, seelisches Trauma, die bei geeigneter Disposition (psychopatischer Anlage) die Neurose hervorbringen, sind für den Juden „alte Bekannte", für viele Nichtjuden aber neu. Und wenn trotzdem die hysterischen Reaktionen in der letzten Zeit abzunehmen scheinen, so hat das seinen Grund einerseits in der Entwicklung der Psychiatrie, die die „Hysterie" als Grundkrankheit jetzt seltener diagnostiziert, da die reaktiven Syndrome zu der Symptomatologie verschiedener psychischer Erkrankungen gehören können, andererseits aber in der modernen Erziehung, im Sport, Spiel etc., die sich als gute Prophylactica und Therapeutica erweisen. Dort, wo der Hysteriker aus seiner Krankheit keinen Profit schlagen kann, wird er in sie nicht flüchten. Die Nosophobie und Nosophilie der Juden, besonders in Osteuropa, haben sicherlich vieles zu dem vermehrten Auftreten der Hysterie beigetragen. Da hatte

der „Kranke“ die Möglichkeit eine „wichtige“ Rolle zu spielen, Vorteile zu ziehen, Angenehmes zu erleben. Die richtige Erziehung, die vielerorts allmählich sich Bahn bricht, das Schaffen des „*Gesundheitstrotzes*“ (BLEULER), würde besonders hier die beste Therapie sein.

Eine besondere Aufmerksamkeit schenkt die psychiatrische Literatur der neuesten Zeit den *endogenen Psychosen* der Juden. Wie überall, so herrscht auch bei den Juden die *Dementia praecox* vor. Auffallend hoch ist ihr Prozentsatz unter den Juden in Polen. Im Jahre 1928 waren unter den jüdischen Geisteskranken Polens 55,8% Schizophrene. Auf 100 000 Juden fallen nach unserer Umrechnung ca. 17,5 Schizophrene, auf 100 000 Nichtjuden dagegen nur ca. 6,5. Trotz allen Einwendungen einer Statistik gegenüber, müssen wir annehmen, daß die Juden Polens von der *Schizophrenie häufiger* befallen werden als ihre Nachbarn. Auch die meisten deutschen Autoren glauben ein relatives Überwiegen der Dementia praecox bei den Juden konstatiert zu haben. Die Resultate MALZBERGS für USA weichen auch bei dieser Krankheit von denen der europäischen Autoren ab. In Newyork zählte er 1925 auf 100 000 Juden 16,0 auf 100 000 Nichtjuden aber 23,5 Schizophrene.

Ist die Dementia praecox die Psychose der Juden Polens, so wird das relative *Überwiegen des manisch-depressiven Irreseins unter den Juden* des Westens von allen deutschen Autoren hervorgehoben. Finden wir es auch unter den polnischen Juden ca. 4 mal so häufig als unter den Nichtjuden, so beträgt sein prozentualer Anteil an den gesamten Geisteskrankheiten der Juden in Polen etwa 11%, in den deutschen Ländern aber ca. 20%. Daß die Angaben einzelner Autoren große Differenzen aufweisen, sei nebenbei bemerkt. In USA findet MALZBERG die Unterschiede zwischen Juden und Nichtjuden beim manisch-depressiven Irresein gering (auf 100 000 Juden 10,0, auf 100 000 Nichtjuden 11,3).

Das *klinische Bild der endogenen Psychosen* bei den Juden soll nach der Meinung der deutschen Autoren sich von dem bei den Nichtjuden unterscheiden. Nach SICHEL soll das manisch-depressive Irresein nicht selten kombiniert sein mit hysterisch-degenerativen Zügen. Bilder von exquisit hypochondrischer Färbung sollen häufig sein. Die „Quängelsucht“, als typischen Zug hebt er hervor. PILCZ findet die circuläre Form besonders häufig unter den Juden. Die meisten Autoren heben die „*atypischen*“

oder Randpsychosen hervor, die ein Gemisch von katatonen, manisch-depressiven und funktionellen Zügen aufweisen sollen. Joh. LANGE hebt die hypochondrischen Klagen, das Vorherrschen von Verarmungsideen, die Eintönigkeit der Krankheitsbilder, das Nörgeln und Querulieren hervor und sucht die Ausgestaltung der *Krankheitsbilder mit den normalen Wesenseigentümlichkeiten des jüdischen Volkes in Beziehung* zu setzen. LANGE selbst gibt zu, daß die Kleinheit seines Materials zu Bedenken Anlaß gebe. Seine Hypothese, daß die dem jüdischen Volke aufgetürmte Last der endogenen Geisteskrankheiten auf der anderen Seite dazu beigetragen hat, das jüdische Volk genial zu machen, scheint uns übertrieben. Denn so schwer ist die Last im Verhältnis zu den übrigen Völkern nicht. Das manisch-depressive Irresein herrscht, wie wir gesehen haben, bei den Juden anderer Länder nicht vor. In Polen und USA ist die Schizophrenie unter den dortigen Juden bedeutend häufiger als das circuläre Irresein. Die deutschen Autoren finden, daß die Schizophrenie der Juden verhältnismäßig oft einen circulären Verlauf aufweist. Die hebephrenen Bilder sollen die vorwiegenden sein, während die paranoiden Formen auffallend selten auftreten. BURKHARDT meint, *„die stilreinen" Schizophrenien seien bei den Juden eine Seltenheit;* massiv katatone Formen und paranoide Bilder sollen nach ihm bei den Juden ganz fehlen. Er zitiert das reiche Ausdrucksregister, das Erhaltenbleiben der Ansprechbarkeit und die starke Bezogenheit auf die Mitmenschen (Extraversion) bei den jüdischen Schizophrenen. Indem er die ausgesprochene *„stilreine" Schizophrenie der nordischen Rasse*, das Fehlen von atypischen Psychosen und echtem manisch-depressiven Irresein bei ihr hervorhebt, glaubt er, „daß eine Einteilung der endogenen Psychosen viel eher von den Persönlichkeitstypen als von den Psychosen her möglich sein dürfte". Das erscheint uns sehr fraglich. Unerklärlich bleibt uns auch die Feststellung BURKHARDTS, daß unter seinen 55 Fällen 18 „atypische Psychosen" waren. Wir müßten bloß unsere Begriffe über eine Krankheitsform etwas weiter fassen, um sie dennoch einreihen zu können.

Über die Klinik der endogenen Psychosen bei den Juden anderer Länder liegen keine Berichte vor. Aus den Mitteilungen der deutschen Autoren, die häufig unklare Angaben enthalten und wie LANGE behauptet, nicht selten tendenziös sind, allgemein gültige Schlüsse zu ziehen, halten wir für unrichtig. Es ist sehr

wahrscheinlich, daß dort, wo die jüdische Psyche sich von der nichtjüdischen unterscheidet, nicht nur die endogenen Psychosen, sondern die psychischen Erkrankungen der Juden überhaupt ein anderes Krankheitsbild aufweisen werden, als bei den Nichtjuden. Der Auffassung, daß *für Art und Verlaufstyp der Psychosen gewisse Elemente der Persönlichkeitsstruktur von ausschlaggebender Bedeutung* sind, können wir nur beipflichten. Die Persönlichkeitsstruktur ist aber nicht nur von der rassischen Zugehörigkeit abhängig, sondern großenteils milieubedingt. Die Krankheitsformen und -bilder unterliegen dem *Einfluß der sozialen Stellung des Erkrankten.* Nach GAUPP sind die Psychosen bei Gebildeten komplizierter als bei den niederen Gesellschaftsschichten. Doch nicht nur die Krankheitsbilder einer bestimmten Psychose werden Differenzen je nach sozialer Stellung, Kulturniveau etc. des Erkrankten aufweisen, sondern, wie die interessanten Untersuchungen STERN-PIPER'S zeigen, auch die *Häufigkeit einer bestimmten Psychose variiert bei den einzelnen sozialen Gruppen.* STERN-PIPER beweist statistisch, daß das Verhältnis Schizophrenie : Manie sich indirekt proportional zum Kulturniveau verhält. Das heißt, bei höheren Kulturkreisen wird die Dementia praecox weniger auftreten, umsomehr aber das manisch-depressive Irresein. Den Quotienten manisch-depressives Irresein : Dementia praecox bezeichnet er als den *Psychopathologischen Index der Kultur.* Dieser Quotient nimmt mit der Höhe des Kulturkreises zu. Bei den höheren Kulturkreisen werden die „Affektpsychosen" nicht nur relativ, sondern tatsächlich zunehmen, die Dementia praecox tatsächlich abnehmen. Für die Schlußfolgerungen STERN'S würden eventuell auch die Verhältnisse bei den Juden sprechen. Die Juden Polens, auf einer niedrigeren Kulturstufe als die deutschen Juden stehend, werden von der Schizophrenie häufig befallen, während in Deutschland das manisch-depressive Irresein vorherrscht. Weitere Untersuchungen in dieser Richtung könnten vieles zur Frage der Sozialpsychiatrie beitragen. Die Feststellung, daß das manisch-depressive Irresein die wohlhabenden, die Schizophrenie aber die ärmeren Klassen häufiger befällt, konnten schon die älteren Autoren machen. Merkwürdig erscheint uns, die Kombination einerseits zwischen *Tuberkulose und Schizophrenie*, die beide die niedrigeren Stände häufiger treffen, andererseits zwischen *Diabetes und manisch-depressivem Irresein*, die die besseren Schichten bevor-

zugen. Vielleicht bestehen da irgendwelche Zusammenhänge, besonders zwischen den letztern (Innersekretorische Störungen?).

Zweifelsohne spielt in der Ätiologie der endogenen Psychosen die Belastung die Hauptrolle. SICHEL konnte bei seinen Patienten in 75% der Fälle erbliche Belastung nachweisen. Als auslösende Momente kommen Pubertät, Klimakterium, Infektionskrankheiten, körperliche und seelische Traumen in Betracht. Die exogenen Faktoren spielen wahrscheinlich bei der Auslösung des manisch-depressiven Irreseins eine größere Rolle als bei der Schizophrenie: Nach SICHEL nahm im Kriege das circuläre Irresein gewaltig zu, (bei den Nichtjuden von 6 auf 26%, bei den Juden von 11 auf 18%) während die Schizophrenie nur kleine Schwankungen aufzuweisen hatte. Beruf, soziale Stellung und Kulturniveau sind wichtige ätiologische Momente.

Was die *progressive Paralyse* anbetriff, so existieren in der Literatur die widersprechendsten Angaben. PILCZ, HIRSCHEL (Wien), BEADLE (London), SICHEL (Frankfurt) und GUTMANN (München) finden die Paralyse unter den Juden häufiger als unter den Nichtjuden. Die älteren russischen Autoren KAJEWNIKOFF, MINOR und KORSAKOFF, BUDULL (Dorpat), BECKER (Polen) und MALZBERG (USA) halten diese Krankheit bei den Juden für selten. Der Wohnsitz der Autoren erklärt die Widersprüche. Die große Mehrheit der Juden (Rußland, Polen, USA) wird von der Paralyse *relativ seltener* als ihre sie umgebende Bevölkerung befallen; bei den Juden Westeuropas ist sie aber relativ häufiger. Diese Feststellung gibt uns zugleich die Ätiologie. Die Paralyse nimmt bei den Juden in der Richtung von Ost nach West zu. Die ghettoähnlichen Verhältnisse, das Festhalten an den alten Gebräuchen und Sitten, an den religiösen Vorschriften, die schlechtere materielle Lage der Juden Osteuropas, halten die Juden von der luetischen Infektionsquelle fern. Der emanzipierte Jude Westeuropas verdankt seiner Assimilation, seiner sozialen Stellung, seinem Berufe, dem Wohlstand, das häufigere Auftreten der progressiven Paralyse bei ihm. Das überaus seltene Auftreten der Paralyse bei den jüdischen Frauen, auch des Westens, (jüdische männliche Paralytiker : jüdische weibliche Paralytiker ca. 25 zu 1; bei Nichtjuden etwa 3 zu 1), ist nur durch die hohe Sittlichkeit der jüdischen Frauen und durch ihre soziale Stellung (steht selten im Berufsleben) erklärlich. Der luetisch erkrankte Jude geht dem geschlechtlichen Verkehr aus dem Wege, um seine Frau nicht zu

infizieren. Die relativ kleine Zahl der *conjugaten Paralyse* findet darin ihre Erklärung. Nach den meisten Autoren (BORNSTEIN, GUTMANN und andere) soll die Paralyse im Verhältnis zur Luesinfektion bei den Juden relativ häufiger sein als bei den Nichtjuden. Das plötzliche Explodieren der Krankheit, das rasche Fortschreiten, die früh auftretende Demenz, das Überwiegen von depressiven Syndromen, die schlechten Erfolge mit Malaria-Therapie, sollen nach BORNSTEIN für die Paralyse der Juden charakteristisch sein. GUTMANN findet die demente Form bei den Juden relativ selten. HIRSCHEL, PILCZ und andere glauben die sogenannte klassische Form der progressiven Paralyse mit ihren stürmischen Erscheinungen bei den Juden relativ häufig begegnet zu haben.

Die größere Häufigkeit und den stürmischen Verlauf der Paralyse bei den Juden, erklärt ZOLLSCHAN mit der Annahme, daß die Lues erst seit kurzer Zeit bei den Juden auftrete, der Jude infolgedessen noch keine Immunität erworben habe. Zugleich stelle das jüdische Gehirn einen locus minoris resistentiae dar. GUTMANN glaubt die Syphilis sei für die Juden nicht neu. Ihr Beruf, das Herumreisen, ihr Temperament gab und gibt ihnen oft Gelegenheit zur Acquirierung einer Lues. Die meisten Autoren schließen sich der Meinung ZOLLSCHAN'S an. In diesem Zusammenhange ist die Annahme KANNER'S interessant, der die Paralyse bloß als eine Episode in der syphilitischen Durchseuchung einer Population betrachtet. Es dauere zweihundert bis dreihundert Jahre ehe im Gefolge einer Lues Paralyse erscheine. Während der folgenden 2 Jahrhunderte nehme die Häufigkeit der Paralyse zu, um dann wieder abzunehmen.

Mußten wir bei der Besprechung der oben angeführten Psychosen und Neurosen Widersprüche und Uneinigkeit in den Angaben der Autoren verschiedener Länder und oft auch ein und desselben Landes konstatieren, so stimmen alle Beobachter darin überein, daß die *Epilepsie* und der *Alkoholismus* zu den *seltensten Erkrankungen* des jüdischen Volkes gehören.

HOPPE hat in 13-jähriger Tätigkeit keinen jüdischen Epileptiker gesehen, CHARCOT beobachtete in 34 Jahren 39 Fälle von Epilepsie bei Juden. BRATZ fand unter 1262 Epileptikern 28, PILCZ unter 84 — 4 und SICHEL unter 267 — 10 Juden. In Polen wurden die Nichtjuden 1928 von der Epilepsie 1,7 mal relativ häufiger befallen als die Juden. In Newyork befanden sich

1925 unter 100 000 Juden 0,8, unter 100 000 Nichtjuden 1,9 Epileptiker.

Betrachten wir die Ätiologie der Epilepsie, so werden uns diese Tatsachen verständlich. Erbliche Belastung mit Geisteskrankheiten, Psychopathien etc., Hirnkrankheiten, Traumen, Vergiftungen, Lues, Alkoholismus sind die Faktoren, die die Epilepsie verursachen. Unter seinen jüdischen Epileptikern fand BRATZ durchwegs neuropathische Belastung. SICHEL registrierte unter 53 Fällen 50% hereditär Belastete; angeborener geistiger Schwächezustand, Traumen usw. waren die weiteren Ursachen. Der Alkoholismus spielte in der Ätiologie der Epilepsie-Fälle BRATZ'S absolut keine, bei den Epileptikern SICHEL'S nur eine unbedeutende Rolle. Die Seltenheit der Epilepsie bei den Juden erklärt sich mit der großen *Seltenheit des Alkoholismus* bei den Juden aller Länder.

In Polen zählte man 1928 relativ 8 mal so viel nichtjüdische Alkoholiker als jüdische. Unter 100 000 Juden fand MALZBERG in Newyork 0,1, unter 100 000 Nichtjuden 5,9 Fälle von Alkohol-Psychosen. In den deutschen Ländern fand man vor dem Weltkriege unter den jüdischen Geisteskranken 1%, unter den nichtjüdischen 18,6% Alkoholiker.

HOPPE führt die größere Widerstandsfähigkeit der Juden gegen eine Reihe von Krankheiten sowie ihre geringere Kriminalität auf ihre allseitig anerkannte Mäßigkeit in Alcoholika zurück. Auch CHEINISSE schließt sich der Meinung HOPPES an und schreibt der Enthaltsamkeit der Juden die wunderbare Zähigkeit des jüdischen Volkes, den furchtbarsten Verfolgungen zum Trotze, zu. HOPPE nimmt an: „Die Mäßigkeit stellt sich dar als eine durch unendlich zahlreiche Generationen hindurch geübte Gewohnheit, wahrscheinlich religiösen Ursprunges, die schließlich zu einer Art inhaerenten Eigenschaft, zu einem angeborenen Widerwillen gegen Unmäßigkeit geworden ist". *Rassenbedingt ist die Enthaltsamkeit der Juden nicht.* Es ist falsch, von einer Idiosynkrasie oder gar einer Immunität der Juden dem Alkohol gegenüber zu reden. Trinkt der Jude, so wird er betrunken. Er trinkt aber selten bis zur Betrunkenheit. Die Juden sind keine absoluten Abstinenzler; der Alkohol wird bei religiösen Zeremonien verwendet, und so mancher Jude „macht einen Schnaps".

Neben dem *„angeborenen (aber erworbenen) Widerwillen" gegen Unmäßigkeit* sind es die äußeren Faktoren, die die Ent-

haltsamkeit der Juden erklären. Die *Religion* hält einen großen Teil der Juden Osteuropas von Exzessen in Baccho et Venere zurück. Ihr gutes Familienleben und der ausgesprochene *Familiensinn* halten die Juden von Wirtshäusern fern. Der jüdische Trinker ist ein Makel für seine Familie, und ein Jude, dem das Ansehen seiner Familie etwas bedeutet, wird „nüchtern" denken und bleiben. Und so mancherorts fördert der Antisemitismus die Enthaltsamkeit der Juden. Der Jude, besonders in Osteuropa, meidet Schenken und Restaurants, wo judenfeindliche „Kundgebungen" besonders „eindrucksvoll" und „aktiv" verlaufen. Der Trunkenbold wird bei den Juden verachtet, als „Outsider", nicht zur jüdischen Gemeinde gehörend, angesehen — ein Umstand, der auch zur Mäßigkeit im Alkoholgenuß beiträgt, indem er quasi erzieherisch wirkt. J. E. STÄHELIN erklärt die Mäßigkeit des jüdischen Volkes in Alcoholika mit den seelischen Eigenschaften der Juden, die, nach seiner Meinung, wendig, phantasievoll und durchsetzungsfähig sind. Auf der anderen Seite verleiten Phantasiearmut, Engherzigkeit und Schwerfälligkeit zum Alkoholgenuß, da dieser belebt und anregt und *„weil der Alkohol zu jenem „Anderen", zu jenen Ergänzungen und Veränderungen des gewöhnlichen Lebens verhilft"*. Die Juden aber hätten diese „Ergänzung" nicht nötig. Zweifellos tragen diese Charakterzüge, dort, wo sie ausgeprägt sind, vieles zur Mäßigkeit bei. Doch wie wichtig gerade die *exogenen Faktoren* sind, beweist uns die Entwicklung des Alkoholismus bei den Juden. Die bei der Paralyse angeführten Ursachen: Assimilation, Aufgeben der Religion, Wohlstand etc. bedingen das Ansteigen des Alkoholismus auch unter den Juden, besonders in den Großstädten Westeuropas. Ebenso wie die Enthaltsamkeit durch Gewohnheit entstanden ist, kann sie durch allmähliche Gewöhnung an das Trinken wieder verloren gehen (SICHEL). Die Trinksitten bei den Juden nehmen zu. Unter den ärmeren Schichten ist der Alkoholismus häufiger anzutreffen als unter den sogenannten „besseren" Kreisen. Bei den letzten sind *Morphinismus*, Cocainismus, Schlafmittelmißbrauch etc. mehr verbreitet. Ob die Juden zu diesen Krankheiten mehr disponiert seien und häufiger befallen werden als die Nachtjuden, nehmen manche Autoren an (ULLMANN), andere bestreiten es wiederum (PILCZ und andere). Die *Gelegenheitsursachen* spielen keine geringere, vielleicht sogar eine wichtigere Rolle als die psychopathische Anlage. Der häufige Kontakt mit dem Arzt (Nosophobie) gibt so manchem Ju-

den die Gelegenheit die Bekanntschaft des Morphiums zu machen und weiter zu pflegen. Die ärmeren Klassen sind aus finanziellen Gründen nicht dabei. Ärzte, Apotheker, Krankenschwestern etc. bilden das Gros der Morphinisten. Die Zahl der jüdischen Mediziner und Pharmaceuten ist aber relativ größer als die der nichtjüdischen. Ein eventuelles Überwiegen des Morphinismus bei den Juden würde dadurch seine Erklärung finden. Die Bedeutung der *sozialen Faktoren bei der Verbreitung der „Suchtkrankheiten"* ist einleuchtend.

V.

Unsere Ausführungen bewiesen die Schwierigkeit, eine einheitliche Antwort in Bezug auf Häufigkeit und Klinik der Psychosen und Neurosen bei den Juden zu finden. *Wie die normale Psyche der Juden, so variiert auch Qualität und Quantität der „jüdischen" Psychosen je nach Ort und Zeit.* Doch glauben wir annehmen zu dürfen, daß *die Juden im allgemeinen von psychischen Erkrankungen nicht häufiger befallen* werden als ihre Nachbarn. Schalten wir aber den Alkoholismus und die Alkoholpsychosen von den Statistiken aus, so scheinen die Juden der meisten europäischen Länder *zu den endogenen Psychosen* und vielleicht auch *zu den Psychoneurosen prädisponiert* zu sein. In den Vereinigten Staaten Nordamerikas, wo ein Drittel aller Juden leben, ergaben die statistischen Erhebungen MALZBERG'S in allen Krankheitsgruppen eine geringere Morbidität der jüdischen Bevölkerung gegenüber der nichtjüdischen.

Wodurch ist die relative Häufigkeit der genannten Psychosen bei den Juden Europas bedingt?

Bei der Besprechung der Ätiologie der einzelnen Psychosen konnten wir hinweisen, daß dem *„Rassenfaktor" keine Bedeutung* zuerteilt werden kann. Nur faute de mieux ziehen ihn viele Autoren zur Erklärung der jüdischen normalen Psyche und der Psychopathologie heran. Wir halten es darum für unrichtig, den sogenannten „Rassencharakter" für die Häufigkeit und Form der Geistes- und Nervenkrankheiten bei den Juden mitverantwortlich zu machen.

Die Akten über die KRETSCHMER'sche Lehre von den Konstitutionstypen sind noch nicht geschlossen. Ihre Gegner behaupten, der Schizophrenie entspreche kein besonderer Körperbautyp (GRUHLE), der pyknische Typus sei eine Alterserscheinung

(MÖLLENHOFF), und die körperliche Gestalt des Menschen sei nicht nur variierbar, sondern von Grund auf veränderbar, wobei die soziologischen Momente die wichtigsten seien (KOLLE). KRETSCHMAR selbst hat auf Grund der neueren Ergebnisse seine Anschauungen zum Teil revidiert. (Näheres bei ENTRES). Die meisten Autoren sind Anhänger KRETSCHMER'S, geben aber zu, daß die den Typen charakteristischen Merkmale durch Umwelteinflüsse sich verändern können(VERSCHUER). Eine Deckung zwischen Konstitutions- und Rassentypen, wie sie manche annehmen (RITTERHAUS, STERN) lehnt die Mehrheit ab.

Nach FRIEDENTHAL sind unter den Juden alle Konstitutionstypen vertreten. MATECKI und SPIDBAUM fanden unter 100 jüdischen Schizophrenen 56% Leptosome. Die Schizophrenen mit pyknischem Einschlag (20%) wiesen manisch-depressive Züge auf. Sie nehmen an, die KRETSCHMER'schen Typen seien auch den Juden eigentümlich. Daß bei den Juden ein bestimmter Typus vorherrsche, konnte bis jetzt nicht nachgewiesen werden. FRIGYES glaubt unter den Ostjuden den asthenischen Typus besonders häufig anzutreffen. Die Anschauung STERN'S, daß die pigmentierten Rassen, zu denen er auch die Juden rechnet, häufig an Manie erkranken, läßt sich mit der Tatsache, daß die Juden Polens so häufig an Schizophrenie erkranken, nicht vereinbaren.

Die Lehre von den Konstitutionstypen ist noch nicht reif genug, und die Nachforschungen bei den Juden sind zu minimal, um die größere Häufigkeit der endogenen Psychosen bei den Juden zu erklären.

Die *Religion* der Juden, ihr *sexuelles Leben*, das oft anders geformt ist als das ihrer Nachbarn, und die *Erziehung* des jüdischen Kindes sind wohl Momente von ätiologischer Wichtigkeit, reichen aber zur Erklärung nicht aus.

Die Disposition der Juden zu gewissen psychisch-nervösen Erkrankungen läßt sich nur durch die ätiologischen Faktoren: *erbliche Belastung, soziale und politische Verhältnisse*, erklären.

Den Zusammenhang zwischen Heredität und seelischer Erkrankung haben wir bei der Besprechung der einzelnen Psychosen hervorgehoben. Die Heiratsfreudigkeit der Juden, die ausgeprägte Tendenz zum Heiraten, gilt nicht nur für den orthodoxen Juden Osteuropas, der das Gebot, welches jedem erwachsenen Juden die Heirat vorschreibt, fast wörtlich nimmt, sondern auch für die übrigen Juden. Weder vor geistigen noch körperlichen Krüppeln wird

Halt gemacht. Die Ausmerzung der zum Lebenskampfe Untauglichen, die „Selbstreinigung der Rasse“ (RUPPIN) bleibt aus. Die Verhältnisse in den Ghettos waren noch schlechter. Der zur Heirat geeignete Mann war nicht der körperlich und geistig Gesunde, sondern der gute Talmudist, der Stubenhocker und unermüdlich geistig Arbeitende. Er wurde als „schöner Jude“ bezeichnet. Die gesellschaftliche Isolierung der Juden und der dadurch bedingte Mangel an geeigneter Auswahl, wobei Tradition, Adelsstolz und das Bestreben, große Vermögen nicht zu zerstückeln noch mitspielen, bedingten und bedingen die häufigen *Verwandtenehen* unter den Juden., die nach RUPPIN doppelt so häufig sind als unter den Nichtjuden. Die Inzucht sui generis ist nach der Anschauung der modernen Vererbungslehre wohl unschädlich; daß sie aber bei den Nachkommen schon erkrankter Eltern großen Schaden anstiften kann, ist klar.

Die unnatürliche „Zuchtwahl im Kampfe ums Dasein“ führte zur „Vergeistigung“ des jüdischen Volkes, das sich stolz „Am Hasefer“, das *Volk des Buches*, nennt. Nach STERN, deren Annahme auch KLEIST bestätigt, ist bei den höheren Kulturkreisen eine Abnahme nicht nur der Schizophrenie, sondern auch anderer organischen Erkrankungen wie Epilepsie, Schwachsinn etc. zu verzeichnen. Organe, die eine reichere Entwicklung und eine größere Verfeinerung zeigen, haben die Neigung zu Erkrankungen funktioneller Art. „Die Keimplasmaanlagen dieser Organe könnten dabei auch eine größere Tendenz zu Variationen, also auch zu krankhaften haben, die durch Ausschaltung der natürlichen Selektion sich erhalten, weitervererben und durch Addition sich noch kummulieren können.“ Die Ansicht STERN'S ist also die, daß es sich um eine Schädigung durch die Kultur infolge der gesteigerten seelischen Inanspruchnahme handelt, und er bemerkt richtig, daß es „zu ihrer Stütze, da wir es hier ja mit erblichen Störungen des Seelenlebens zu tun haben, der Annahme einer Vererbung erworbener Eigenschaften bedürfe“.

Die „*gesteigerte seelische Inanspruchnahme*“ der Juden ist durch ihre berufliche Gliederung, durch ihre Wohnverhältnisse und durch ihre politische Lage bedingt.

Nach SCHWARTZMANN liefert die ackerbautreibende Bevölkerung, obwohl sie in Deutschland 74% ausmacht, 23% Geisteskranke. Die Industrie bei 10,3% — 25%, der Handel bei 3,8% 8%, die freien Berufe bei 6,8% — 11% psychisch Erkrankte.

Bei den Juden ist die *Beschäftigungsart* am geringsten, die die wenigsten Geisteskranken liefert.

Das *Großstadtleben,* das der größte Teil der Juden pflegt, mit seiner ewigen Hast und Unruhe, mit seiner Prostitution und seinem Alkoholismus, helfen bei der Zerrüttung des Nervensystems mit.

Auch für die Schizophrenie müssen wir das Mitspielen exogener Faktoren bei ihrer Entstehung annehmen. WAGNER-JAUREGG sagte einmal, daß eine Krankheit solange als endogen bedingt gilt, als uns der exogene Faktor nicht bekannt ist; exogene und endogene Faktoren wirken miteinander. „Um die Erbeigenschaft zur Entwicklung, die Erbanlage zur Entfaltung zu bringen, müssen noch allerhand exogene Faktoren, Umweltbedingungen hinzutreten." (ENTRES).

Derjenige, der die Geschichte des jüdischen Volkes kennt, muß zur Ansicht gelangen, daß die Wurzel der Disposition für die nervöse Überempfindlichkeit nicht in dem „Rassenfaktor", sondern in exogenen Faktoren zu suchen ist. Ewige Verfolgungen, Beraubung aller menschlichen Rechte, die Armut und Not der Juden Osteuropas und vieler anderer Länder, sind *die* ätiologischen Faktoren. Schon im frühen Kindesalter, nicht nur dort, wo der Antisemitismus zum Regierungsprogramm gehört, sondern auch dort, wo er „latent" vorhanden ist, beginnt der Kampf des jüdischen Kindes gegen Vorurteile, Verspottung, Zurücksetzung. Nach FREUD können Wahrnehmungen, die ein empfängliches Kind vermöge unglücklicher Zufälle macht, bei geeigneter Veranlagung, kraft ihrer Erregungsstärke zu heimlichen lebensentscheidenden Erinnerungen werden. „In jedem Falle funktioneller Seelenstörung muß an einen solchen pathogenetischen Zusammenhang gedacht werden. Es ist klar, daß grundsätzlich auch starke Erschütterungen, welche in späteren Lebensjahren gesetzt werden, zu Seelennarben werden können, die lange nach dieser entscheidenden Gemütserschütterung wieder aufbrechen können" (KEHRER).

Der Weltkrieg bewies eindrücklich genug, welche Bedeutung den exogenen Faktoren bei der Auslösung von psychischen Erkrankungen zuerteilt werden muß. In dem dauernden Kriegszustand, in dem die Juden vieler Länder lebten und noch leben, bildete sich ein „*Status neuropsychicus permanens*" (HYGIER) heraus.

Nur ihrer Enthaltsamkeit im Alkohol verdanken die Juden, daß die Zahl der Geisteskranken bei ihnen nicht so hoch ist wie sie angesichts der aufgezählten ätiologischen Faktoren zu erwarten wäre. Diese Feststellung ist von prognostischer Wichtigkeit.

Auf die Besprechung der *Prognose* der einzelnen Psychosen bei den Juden können wir verzichten, da Abweichungen von der nichtjüdischen Bevölkerung nicht nachzuweisen sind. Von besonderer Wichtigkeit ist die Frage, ob die psychischen Erkrankungen des jüdischen Volkes zukünftig ab- oder zunehmen werden.

Besseren hygienischen Bedingungen und der Berufsumschichtung bei einer relativ winzigen Gruppe stehen zunehmende Not und verschärfter Antisemitismus in den meisten Ländern gegenüber. Dort, wo die materielle Lage eine bessere ist und wo der Antisemitismus sich noch im latenten Stadium befindet, trübt die Zunahme von Lues- und Alkoholpsychosen die Prognose, die im allgemeinen also ungünstig ausfällt. Der Gefahr des Ansteigens der Psychosenkurve bei den Juden muß eine intensive *Prophylaxe* entgegengestellt werden. Diese besteht hauptsächlich in der *Aufklärung* der Bevölkerung über die Gefahren der ehelichen Verbindung mit Geisteskranken und Leuten mit hereditärer Belastung und besonders über die Gefahr der Inzucht bei krankhaften Individuen. Die Eheschließung soll nur geistig Gesunden und hereditär Unbelasteten gestattet werden *(Zeugnis eines Arztes)*. Bestehen beide Teile auf die Heirat, so soll sie nur nach *Sterilisation* des einen bezw. der beiden Partner erlaubt werden. Hartnäckige Widerstände, besonders unter den Juden Osteuropas und des Orients sind zu erwarten. Die Autorität des Arztes ist aber gerade hier von ausschlaggebender Bedeutung. Hier kann der Arzt helfen, wie er auch den Kampf für eine *hygienische Lebensweise* und eine *körperliche Ertüchtigung* (Sport) des jüdischen Volkes unterstützen kann. Schwieriger, aber doch noch im Bereiche der Möglichkeit, ist für den Arzt die Förderung der *beruflichen Umschichtung* der Juden. „Bei den Schädigungen, welche das Stadtleben, besonders das Leben in den übervölkerten Großstädten, und die vorzugsweise das Gehirn in Anspruch nehmenden Berufe der Juden auf die Dauer dem Nervensystem zufügen, ist der Ruf: Hinaus aufs Land! für die Juden durchaus angebracht" (HOPPE). Dem wichtigen ätiologischen Faktor für die Auslösung der Psychosen bei den Juden, dem *Antisemitismus*, ist der Kampf auch seitens der Ärzte anzusagen.

Die genaueste Aufklärung, die Berufsumschichtung und die Gleichberechtigung des jüdischen Volkes — kurz: *eine energische Prophylaxe,* der der Arzt seine Unterstützung nicht verweigern darf, wird eine spezielle Abhandlung über Psychosen und Neurosen bei den Juden zukünftig für überflüssig machen.

Literatur.

R = Referat

1. Becker: Die Geisteskrankheiten bei den Juden in Polen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 96, 1932.
2. Becker: Geisteskrankheiten bei Juden. Rocznik Psych. Jg. 1928, R.
3. Bernstein: Der Antisemitismus als Gruppenerscheinung. Berlin, 1926.
4. Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie, 1930.
5. Bornstein: Untersuchungen über die Paralyse bei Juden. Rocznik Psych. Jg. 1932, R.
6. Brill und Karpus: Insanity among Jews. Med. Record 86, 1914, R.
7. Brown: A socio-psychological analysis of race prejudice. J. abnorm a. soc. Psychol. 27, 1933, R.
8. Budull: Beitrag zur vergleichenden Rassenpsychiatrie. Monatsschr. f. Psych. und Neurol. 37, 1915.
9. Burkhardt: Studie über endogene Psychosen bei Juden. Ztschr. f. ges. Neur. und Psych. 135, 1931.
10. Burkhardt: Endogene Psychosen bei der nordischen Rasse. Ztschr. f. ges. Neur. und Psych. 153, 1935.
11. Cheinisse: Die Rassenpathologie und der Alkoholismus bei den Juden. Zschr. f. Demographie und Statistik der Juden, 1910.
12. Cohn, T.: Nervenkrankheiten bei Juden. Ztschr. f. Dem. und St. der Juden, 1926.
13. Entres: Vererbung und Keimschädigung. Handbuch der Geisteskrankheiten, Bumke, Bd. 1, Berlin, 1928.
14. Fischer, E.: Allgemeine Rassenlehre. Ztschr. f. ärztl. Fortbildung. 31, 1934.
15. Fishberg: Eugenics in Race and State. Baltimore, 1923, R.
16. Friedenthal: Zur Anthropologie der Juden. Ztschr. f. Dem. und St. der Juden. 1926.
17. Frigyes: Über Geistes- und Nervenkrankheiten und Gebrechlichkeiten unter den Juden. Med. Diss. Frankfurt a. M. 1927.
18. Greenfield und Nevin: Amaurotic family idiocy. Trans. Ophtalm. Se u. King d. 53, 1933, R.
19. Gruber v.: Volk und Rasse. Süddeutsche Monatshefte, Heft 10 (Rassenfrage), 1927.
20. Günther: Rassenkunde Europas, 1926.
21. Gutmann: Zur Paralysenfrage bei den Juden. Archiv. f. Rassen- und Gesellschaftsbiologie, 16, 1924/25.
22. Gutmann: Geisteskrankheiten bei Juden. Ztschr. f. Dem. und St. der Juden, 1926.
23. Halbertsma und Leendertz: Über fam. amaurotische Idiotie. Nederl. Tijdschr. Gen. 1933, R.

24. Herz, Fr.: Rasse und Kultur, Leipzig, 1925.
25. Hildebrandt, K.: Gedanken zur Rassenpsychologie. Stuttgart, 1924, R.
26. Hirsch, M.: Konstitution und Rasse. Ztrlblatt f. Gyn. Jg. 48, 1924, R.
27. Hirsch, N.: A study of natio-racial mental. Genetic psychol. monogr. Bd. 1, 1926, R.
28. Hoppe: Die Kriminalität der Juden und der Alkoholismus. Ztschr. f. Dem. und St. der Juden, 1907.
29. Hygier: Zur Pathologie des Nervensystems und der Psychopathologie der Juden. Warszaw. Czas. lek. 10., 1933, R.
30. Jankowsky: Die allgemeinen Grundlagen der Rassenkunde nach dem Stande der Wissenschaft. München. med. Wochenschr. 1934, R.
31. Kanner: The racial prospekt of general paralysis. Amer. journ. of Syphilis. B. 11, 1927, R.
32. Kehrer: Im Leben erworbene psychische Ursachen. Bumke's Handbuch der Geisteskrankheiten, 1, 1928.
33. Klineberg: A study of psychological differences between „racial" and national groups in Europe. Archiv of Psychol. 132 (1931), R.
34. Koehne: Disraeli als Vorläufer und Anreger Gobineau's. Arch. f. Rassen- und Ges. biologie, 1926.
35. Kretschmer: Körperbau und Charakter, Berlin, 1922.
36. Kretschmer: Konstitution und Rasse. Ztschr. f. N. und Psych. Bd. 82, 1923.
37. Lange, J.: Über manisch-depressives Irresein bei Juden. München. med. Wochenschr., 1921.
38. Lenz: Menschliche Erblichkeitslehre (Baur-Fischer-Lenz). München, 1927.
39. Luschan, v.: Rassen, Sprachen. Berlin, 1922.
40. Malzberg: The prevalence of mental disease among Jews. Mental Hygiene 14, 1930.
41. Malzberg: Mental disease among Jews. Mental Hygiene 15, 1931.
42. Matecki und Spidbaum: Die Konstitution der schizophrenen Juden. Ztschr. f. Neur. und Psych., Bd. 109, 1927.
43. Müller-Freienfels: Beiträge zur Rassenpsychiatrie. Ztschr. f. angew. Psychol. 39, 1931, R.
44. Neustadt: Die Geistesstörungen der Juden. Med. Diss. Leipzig, 1924.
45. Pilcz: Beitrag zur vergleichenden Rassenpsychiatrie. Psych. neurol. Wochenschrift, 1919.
46. Pilcz: Über vergleichende rassenpsych. Studien. Wiener med. Wochenschr. Jg. 1927.
47. Ploetz: Grundlagen und Ziele der Rassenhygiene. Arch. f. Rassen- und Ges. biologie, 1934.
48. Rech: Rasse und Sprache. Süddeutsche Monatshefte H. 10. (Rassenfrage) 1927.
49. Révész: Die rassenpsychiatrische Erfahrung und ihre Lehren. Beihefte zum Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. Bd. 15, H. 5.
50. Ruppin: Soziologie der Juden. 2. Bde, Berlin, 1930.

51. Saller: Genotypus und Phänotypus, Konst. und Rasse. Anat. Anz. 71, 1933, R.
52. Schaffer: Bemerkungen zu M. Bielschowsky's R. Arch. f. Psych. 97, 1932, R.
53. Schlesinger und Bernard: A. case of late infantil amaurotic idiocy. Arch. Dis. Childr. 9, R.
54. Sichel: Die Geistesstörungen bei den Juden. Leipzig, 1909.
55. Sichel: Die psych. Erkrankungen der Juden in Kriegs- und Friedenszeiten. Monatsschr. f. Psych. und Neur. Bd. 55.
56. Sichel: Zur Aetiologie der Geistesstörungen bei den Juden. Mon. Schr. f. P. und N. Bd. 43.
57. Sichel: Nervöse Folgezustände v. Alkohol und Syphilis bei Juden. Ztschr. f. Dem. und St. der Juden, 1919.
58. Slome: The Genetic basis of amaurotic family idiocy. J. gent. 27, 1933, R.
59. Spielmeyer: Störungen des Lippoidstoffwechsels bei Erbkrankheiten des Nerven-Systems. Klin. Wochenschr. 1933, R.
60. Stähelin, J. E.: Die Ursache des Alkoholismus in der Schweiz. Schw. med. Wochenschr. 1935.
61. Stern-Piper: Zur Frage der Bedeutung der psycho-physischen Typen Kretschmer's. Ztschr. f. N. und Ps. Bd. 84, 1923.
62. Stern-Piper: Konstitution und Rasse. Ztschr. f. Neur. und Ps. Bd. 86, 1923.
63. Stern-Piper: Der psychopathologische Index der Kultur. Archiv f. Psych. 74, 1925.
64. Ullmann: Zur Frage d. Vitalität und Morbidität der Juden. Arch. f. Rassen- und Ges. biologie, 18, 1926.
65. Venetti und Santonocetto: Sapro un caso d'idiozia amaurotico familare infantile. Riv. clin. ped. 32, 1934, R.
66. Weissenberg: Sozialbiologie und Sozialhygiene der Juden. Arch. f. Rassen- und Ges.biologie, 1927.
67. Wolff, F. K.: Rassenlehre, Leipzig, 1927.
68. Zamenhof: Zur Pathogenese der Taubstummheit im allgemeinen und unter d. Juden im speziellen. Warsz. Czas. lek. 10, 1933, R.